

## 障害者の自立と地域生活支援

### - 支援費制度と介護保険統合論の行方 -

植 田 章

〔抄 録〕

厚生労働省が実施した「居宅生活支援サービスの利用状況調査」を通して、支援費制度実施後の施行状況について浮き彫りにした。とりわけ、市町村が決定した個々の利用者のサービス支給量と実際の事業者との契約状況、及びサービス利用実績には相当のギャップが生まれていることが明らかになった。つまり、支給決定に対する事業者との契約率、利用者のサービス利用率ということである。

また、基盤整備の水準や市町村が独自に設定している支給決定に係わる「ガイドライン」によって一段と地域格差が生まれてきていることも大きな特徴と言える。

国は財政不足を理由に障害者福祉と介護保険との「統合」を検討している。制度の施行状況の総括もないまま矛盾を抱えた移行に対して当事者・関係者から疑問や不安の声があがっている。ここでは、「統合」議論の中で生じる疑問や予測できる不都合について明らかにした。その内容は、当事者にとってはどれも、ないがしろにできない深刻な問題であり、同時に、障害者福祉制度の根幹にかかわる重要な課題でもあることがみえてきた。また、財源論に端を発した「統合」問題は障害者福祉制度のあり様を大きく変質させるねらいをもって登場してきた。「統合論」を財源論だけで議論を進めると、このところが見えなくされてしまうことになる。

障害者福祉制度の真の改革を進めていく立場からは、社会的な支援の内容と水準を公的責任のもとでどのように保障していくのかが不可欠となっている。そのためにも、これまでの障害者福祉実践を通して創り出してきた価値や揺るがすことのできない原理をふまえ、発達保障労働の本来の姿を対置してその克服の方向を示すことが重要であることについて言及した。

キーワード 支援費制度、地域生活支援、ケアマネジメント、介護保険統合問題

## はじめに

2003 年度にスタートしたばかりの障害者支援費制度が重大な岐路に立たされている。施行初年度の半ばで既に財源不足が生じ、2004 年度も昨年度のほぼ 2 倍に達する 250 億円もの財源が不足するとの見通しである。厚生労働省は、サービス単価の見直しや社会福祉関連の他の予算を流用してもなお不足すると見込まれる 200 億円前後については補正予算を講じるように財務省に求めていく方針であるとされている。制度設計のずさんさが露呈された結果である<sup>(1)</sup>。

また、厚生労働省は、支援費制度の導入にあたって「自己決定の尊重」と「本人と事業者の対等な関係」の確立により「利用者本意のサービス」が提供される旨を強調してきた。確かに、支援費制度の導入によって居宅生活支援関係のホームヘルプサービスやデイサービス、ショートステイなどのサービス利用者の対象は広がりをみせた。ところが、市町村が個々の利用者のサービス支給量を決定しても、基盤整備の立ち遅れにより事業者との契約に至らず、権利が行使できない状況がある。市町村が独自に設定している支給決定に係わるガイドラインによっても一段と地域格差が生まれてきている事実も散見される<sup>(2)</sup>。

この小論では、支援費制度実施後の一年をふりかえりつつ、支援費制度と介護保険との「統合」論の問題点について検討をする。制度の総括もなく矛盾を抱えたままの「統合」に当事者・関係者から疑問や不安の声があがることは無理もない。社会的な支援の内容と水準を公的責任のもとでどのように保障していくのか、障害者福祉制度の真の改革を進めていく立場から言及する。

### 1. 支援費制度の施行状況

支援費制度は、「措置制度」とは異なり、障害者がその利用を申請し、市町村が障害の種類や程度などに応じて支給額を決定し、障害者が福祉サービスの事業者とみずからが契約する仕組みである。導入当時、厚生労働省は「これまで、行政が『行政処分』として障害者サービスを決定してきた『措置制度』をあらため、障害者がサービスを選択し、サービスの利用者とサービスを提供する施設・事業者とが対等の関係に立って、契約に基づきサービスを利用する新たな制度」が「支援費制度」であると説明してきた<sup>(3)</sup>。しかし、実際は制度の仕組や運用に関して開始直前まで明らかにされなかったことや、十分な供給基盤の整備がなされなかったこと、さらに、財政的な裏づけもないまま施行に踏み切ったことから様々な困難と混乱とが生じた。

まず、支援費制度の「居宅生活支援サービスの利用状況調査」をみておく。これは、厚生労働省が「障害者（児）の地域生活支援のあり方に関する検討会」での検討に資するために、自治体を対象として実施したものである。なお、この調査は、支援費制度施行後、公開されたはじめての全国的な調査である。

調査対象は 47 都道府県，3,201 市町村，回答数は 47 都道府県，3,192 市町村である。回答した 3192 市町村の障害者数は，身体障害者 4,195,334 人，知的障害者 460,780 人，児童 241,359 人である（表 1-1）。居宅生活支援費支給決定者数（2003 年 4 月末時点）は 192,258 人であり，利用者数は 116,953 人である（表 1-2）。この数字は，「措置制度」時代と比べて明らかに増加している。

ホームヘルプサービスの支給決定に対する利用実績について見てみる。延べ人数でいえば身体障害者では，81.2%であるのに比べ，知的障害者は 42.3%，児童に至っては 34.0%と低く

表 1-1 障害者数 (人)

身体障害者	知的障害者	児 童
4,195,334	460,780	241,359

回答数:3,192 市町村  
 (注1)各市町村が手帳発行台数等で把握している数であり，必ずしも実数とは限らない。  
 (注2)各市町村によって，把握している時点が異なる。  
 (注3)重複障害者の場合は，いずれか1つに記入している。

表 1-2 居宅生活支援費支給決定者数・利用者数 (人)

支給決定者数 (平成 15 年 4 月末時点)	利用者数 (平成 15 年 4 月分)
192,258	116,953

回答数:3,191 市町村

表 2-1 支給決定に対する利用実績

	延べ人数	時 間 数
身体障害者	81.2% ( 61,104 人 / 75,223 人 )	56.1% ( 1,462,585 時間 / 2,608,345 時間 )
知的障害者	42.3% ( 13,199 人 / 31,182 人 )	26.0% ( 186,524 時間 / 717,535 時間 )
児童 (障害児)	34.0% ( 5,641 人 / 16,609 人 )	20.2% ( 67,540 時間 / 334,124 時間 )

支給決定に対する利用率（延べ人数）は，身体障害者が 81%であるのに比べ，知的障害者は 42%，児童は 34%と低くなっている。支給決定に対する利用率（時間数）は，身体障害者が 56%であるのに比べ，知的障害者は 26%，児童は 20%と低くなっている。

表 2-2 居宅介護支援費（ホームヘルプサービス）の法区分別，サービスの類型別支給決定の状況 (平成 15 年 4 月分)

法区分	サービスの類型	支給決定があった市町村数	支給決定者数 (延人数)	支給決定時間数	一人当たり支給決定量 (時間 / 月)
身体障害者	身体介護	2,070	20,740	650,396	31.4
	家事援助	2,050	23,230	463,559	20.0
	移動介護 (身体介護伴う)	880	10,607	342,069	32.2
	移動介護 (身体介護伴わない)	773	17,253	539,201	31.3
	日常生活支援	326	3,393	613,120	180.7
知的障害者	身体介護	981	6,319	123,912	19.6
	家事援助	1,201	5,628	94,888	16.9
	移動介護 (身体介護伴う)	556	7,451	192,850	25.9
	移動介護 (身体介護伴わない)	700	11,784	305,885	26.0
児 童	身体介護	1,045	7,476	166,065	22.2
	家事援助	445	1,831	31,582	17.2
	移動介護 (身体介護伴う)	557	4,426	89,097	20.1
	移動介護 (身体介護伴わない)	418	2,876	47,380	16.5

回答数:3,180 市町村

障害者の自立と地域生活支援（植田 章）

なっている（表 2-1）。支給決定の利用率・時間数で言えば，身体障害者が 56.1%であるのに比べ，知的障害は 26.0%，児童は 20.2%と低くなっている。これは，知的障害者，児童（障害児）といった障害の特性に対応した個別性の高いホームヘルプサービスを実施する事業者が少ないことによる。また，身体障害者の日常生活支援の一人当たり利用量（時間）がずば抜けて多いのは，全身性障害者に限っては，必要に応じたサービス提供がなされている市町村が多いことを示している（表 2-2，2-3，2-4）。

デイサービスについては，支給決定があった市町村数をみると，身体障害者が全市町村中の 42%，知的障害者は 32%，児童が 44%となっている（表 3-1）。支給決定に対する

利用実績（利用者数 / 支給決定者数）は，身体障害者，知的障害者，児童の間での格差は見られず，約 70 ～ 75%となっている（表 3-2）。デイサービスは支援費制度による基盤整備や利

表 2-3 居宅介護支援費（ホームヘルプサービス）の法区分別，サービスの類型別利用の状況

（平成 15 年 4 月分）

法区分	サービスの類型	利用者数 （延人数）	利用時間数	一人当たり利用 量（時間 / 月）
身体 障害者	身体介護	18,729	380,415	20.3
	家事援助	20,464	279,635	13.7
	移動介護（身体介護伴う）	6,436	148,597	23.1
	移動介護（身体介護伴わない）	12,034	189,372	15.7
	日常生活支援	3,441	464,566	135.0
知的 障害者	身体介護	3,199	43,941	13.7
	家事援助	2,988	38,425	12.9
	移動介護（身体介護伴う）	2,641	38,380	14.5
	移動介護（身体介護伴わない）	4,371	65,778	15.0
児 童	身体介護	3,275	42,837	15.2
	家事援助	476	5,699	12.0
	移動介護（身体介護伴う）	1,282	13,614	10.6
	移動介護（身体介護伴わない）	608	5,390	8.9

回答数：3,180 市町村

表 2-4

平成 13 年度における全国のホームヘルプサービスの一人当たり利用状況（平成 15 年 1 月調べ）	今回調査における全国のホームヘルプサービスの一人当たり利用状況
身体障害者・知的障害者（一般分） 17 時間	身体障害者（身体介護） 20.3 時間 （家事援助） 13.7 時間 知的障害者（身体介護） 13.7 時間 （家事援助） 12.9 時間
視覚障害者等特有のニーズをもつ者 うち、移動介護 17 時間	身体障害者（移動介護・身体介護伴う） 23.1 時間 （移動介護・身体介護伴わない） 15.7 時間 知的障害者（移動介護・身体介護伴う） 14.5 時間 （移動介護・身体介護伴わない） 15.0 時間
全身性障害者 83 時間	日常生活支援 135.0 時間

表 3-1 支給決定があった市町村数及び一人当たり支給決定・利用の状況

法区分	支給決定があつた市町村数	一人当たり支給決定量（日 / 月） 平均	一人当たり利用量（日 / 月） 平均
身体障害者	1,352	8.6	5.9
知的障害者	1,014	13.3	11.0
児 童	1,406	10.0	4.8

回答数：3,182 市町村

（注）身体障害者及び知的障害者については，4 時間未満の利用を 0.5 日，4 時間以上の利用を 1 日として計上した。

表 3-2 デイサービス支給決定に対する利用状況（実人数）

身体障害者	74.9%（21,888 人 / 29,237 人）
知的障害者	69.7%（6,891 人 / 9,888 人）
児童（障害児）	72.9%（12,659 人 / 17,357 人）

支給決定に対する利用率は，身体障害者，知的障害者，児童の間での格差は見られず，約 70 ～ 75%となっている。

用者の掘り起こしは進んでいない現実がある。ただ、措置制度時代からの継続した利用者が多くを占め、施設・事業所の相談機能が利用につながっていることがうかがえる。

短期入所支援については、支給決定があった市町村数をみると、身体障害者が全市町村中の48%、知的障害者が61%、児童が63%となっている（表4-1）。支給決定に対する利用率は、居宅サービスの中ではもっとも低く身体障害者、知的障害者、児童の間では格差はほとんど見られず、約20～25%となっている（表4-2）。短期入所支援の支給量は前年度の利用実績に基づくという「風聞」に影響されて利用申請が増加し、市町村も基盤整備の状況を省みず、利用者の申請に応じて機械的に決定してきた。つまり、「空手形」を打ったことが利用率のギャップを大きくした。その結果、児童については、一人当たりの支給決定量は7.0日であるのに対して、実際の一人当たりの利用実績は2.5日となった（表4-2）。

次に、供給主体について見てみる。全国の都道府県、指定都市及び中核市からの回答を集計調査したものがあ（表5-1）。全般的には、社会福祉法人、営利法人、社会福祉協議会が大きな割合を占めるが、NPO法人、地方公共団体、医療法人の参入も進んでいる。サービス内容毎にみると居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）については圧倒的に営利法人、社会福祉協議会の割合が高くなっている。これは、介護保険の事業者が市町村の働きかけもあり参入してきたものと思われる。デイサービス事業と短期入所事業については、社会福祉法人、地方公共団体に限られている。今後、NPO法人などにも認める方向での検討がなされている。障害の特性に対応した個別性の高い支援、身体介護の領域に限定されない、すべてのライフステージに対応した生活課題への支援内容が含まれてくる。これらのサービスには営利法人は、採算性面からも、必要とされる専門性からも、まだまだ、踏み込めずにいると言える。

以上のように、障害種別や居宅生活支援サービスの種類によって若干の違いはあるが、おしなべてサービス利用の実態は、市町村が決定した個々の利用者のサービス支給量と実際の事業者との契約状況、及びサービス利用状況には相当のギャップが生まれているという点は共通している。個々の障害者から言えば、サービスが必要に応じて、適宜提供される仕組みはできなく、家族がそれを担ったり、有償サービスによって補うしかない状態が続いている<sup>(4)</sup>。

また、各市町村の基盤とあわせて、本来、こうしたギャップをうめるために市町村に委ねら

表4-1 支給決定があった市町村数及び一人当たり支給決定・利用の状況

法区分	支給決定があった市町村数	一人当たり支給決定量（日/月）	一人当たり利用量（日/月）
身体障害者	1,524	7.7	6.5
知的障害者	1,948	7.2	5.3
児 童	1,991	7.0	2.5

回答数:3,173市町村

（注）知的障害者及び児童については、日中受け入れ4時間未満の利用を0.25日、4時間以上8時間未満の利用を0.5日、8時間以上の利用を0.75日として計上した。

表4-2 支給決定に対する利用実績（実人数）

身体障害者	22.8%（2,572人 / 11,272人）
知的障害者	22.3%（7,615人 / 34,139人）
児童（障害児）	25.6%（6,693人 / 26,135人）

支給決定に対する利用率は、居宅サービスの中でもっとも低い。身体障害者、知的障害者、児童の間での格差は見られず、約20～25%となっている。

障害者の自立と地域生活支援（植田 章）

表 5-1 全国の都道府県，指定都市及び中核市の回答

サービス名		社会福祉協議会	社会福祉法人（社協除く）	医療法人	社団・財団	農協	生協	営利法人	NPO法人	その他	地方公共団体	指定事業所計	基準該当
居宅介護等事業 （ホームヘルプサービス）	身体障害者	2,082	1,342	401	160	37	126	3,351	642	166	163	8,470	291
	知的障害者	1,819	983	212	130	21	94	2,459	548	128	143	6,537	195
	児 童	1,615	723	171	125	16	87	2,286	527	205	127	5,882	174
	小 計	5,516	3,048	784	415	74	307	8,096	1,717	499	433	20,889	660
	（構成比）	(26.4%)	(14.6%)	(3.8%)	(2.0%)	(0.4%)	(1.5%)	(38.8%)	(8.2%)	(2.4%)	(2.1%)	(100%)	
	身体障害者	185	537	25	25	2	1	36	24	10	202	1,047	103
	知的障害者	42	384	6	15	1	0	18	42	15	69	592	71
デイサービス事業	児 童	49	161	8	3	1	0	15	43	10	310	600	84
	小 計	276	1,082	39	43	4	1	69	109	35	581	2,239	258
	（構成比）	(12.3%)	(48.3%)	(1.7%)	(1.9%)	(0.2%)	(0.0%)	(3.1%)	(4.9%)	(1.6%)	(25.9%)	(100%)	
短期入所事業	身体障害者	25	906	17	5	0	0	0	0	29	83	1,065	
	知的障害者	53	2,200	10	9	0	0	0	0	61	181	2,514	
	児 童	40	1,473	10	9	0	0	0	1	67	209	1,809	
	小 計	118	4,579	37	23	0	0	0	1	157	473	5,388	
	（構成比）	(2.2%)	(85.0%)	(0.7%)	(0.4%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(2.9%)	(8.8%)	(100%)	
地域生活援助事業 （グループホーム）		9	3,041	0	59	0	0	1	92	8	68	3,278	
（構成比）		(0.3%)	(92.8%)	(0.0%)	(1.8%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(2.8%)	(0.2%)	(2.1%)	(100%)	
合 計		5,919	11,750	860	540	78	308	8,166	1,919	699	1,555	31,794	918
（構成比）		(18.6%)	(37.0%)	(2.7%)	(1.7%)	(0.2%)	(1.0%)	(25.7%)	(6.0%)	(2.2%)	(4.9%)	(100%)	

れていた支援費制度の利用における「斡旋・調整・要請」といったマネジメント業務が有効に機能していないことも重大である。そのため、家族が事業所を転々とさせられたあげく、サービスには届かない事態も見られる。支援費制度を含む障害者福祉全般における市町村の公的な責任は後退していると言える。

一方、支援費制度への移行は、潜在化していた障害者の福祉要求を顕在化させる役割を果たした。費用負担のあり方やアセスメントに基づくサービスの決定が、大きく作用した。介護保険は「福祉ニーズ」を保険原理に委ねた。これとは異なり、支援費制度は、基本的に公費で賄うことを原則としている。例えば措置制度では生計中心者にも利用者負担が課せられていたが、支援費制度では本人と扶養義務者にのみ着目したことで、サービス支給量が増加しても多くの人の利用者負担額は減った。また、居宅生活支援では、利用者負担の徴収上限が設けられたことで、長時間のサービス利用者であっても負担が大幅に減少することになった。地域で暮らし続けていく上で必要なサービスを利用できるようになったことは、一定の前進と言える。支援費制度で義務づけられた「個別支援計画」の作成は、その過程で障害者の要求やこれからの暮らしのあり様を明確にさせる役割を果たすものである。契約を形骸化させず、権利擁護の運用面での改善を図りながら、当事者を主体にした福祉実践の取り組みが、始まっていることも見ておく必要がある。

## 2. 社会保障審議会のふたつの部会が示したもの

新年度予算編成に関する議論の中で急遽、財源問題を中心にして支援費制度と介護保険制度の「統合」問題が取り沙汰された。こうした動きの中で、厚生労働省は、2005年度に予定されている介護制度改革について、福祉、医療、年金など制度横断的な関連諸施策の総合的調整を行うため「介護制度改革本部」を設置した。とりわけ、介護保険制度と障害保健福祉施策との関係に関する諸課題検討のための「幹事会」を設置したことにより加速度的に「議論」が進められる結果となった。これらは、全国知事会や福祉自治体ユニット等が主張してきた「統合論」に関して財源問題の視点から強く押し出す形となった<sup>(5)</sup>。

また、この間、社会保障制度審議会に設置された障害者部会・介護保険部会が抜本的な見直しを視野に入れた検討を精力的に進めてきた。2004年6月25日の第14回障害者部会では、意見が百出して取りまとめができず、部会長提案として「介護保険統合は積極的選択肢の一つ」という意見を介護保険部会に提案するにとどまった。2004年7月13日の第15回障害者部会では、一部修正を取り入れた再提案が行われ、「中間的な取りまとめ(案)」として示されるに至った。

焦点となった支援費と介護保険との関係については、「介護保険もサービス体系のあり方などについて議論がなされており、それは地域生活重視の障害者福祉の流れとも一致する部分が多い」としている。その上で「支援費制度等の現行制度の当面の改善を図りつつも、国民の共同連帯の考え方に基いており、また、給付と負担のルールが明確である介護保険制度の仕組みを活用することは、現実的な選択肢の一つとして広く国民の間で議論されるべき」であるとした。ただし「介護保険の仕組みを活用することについては、障害特性に配慮した仕組みとなるのか、関係者から課題や懸念が示されており、これらについては、十分検討しその内容を明らかにするとともに適切に対応することが必要」であると結論的には「統合」への道を拓くものとなった<sup>(6)</sup>。ここには、国・厚生労働省からの「介護保険との統合を行わなければ、支援費制度そのものの存続が危うくなる。場合によっては、厚生労働省の手を離れて一般財源化される可能性もある」といった脅迫めいた圧力が働いたことは明らかである。

また、障害福祉部会は、議論の過程で障害者福祉をすべての国民の理解と協力を得ながら、障害を有する誰もが普遍的な制度にすべきであることを強調している。臨時委員から提出された「支援費制度と介護保険をめぐる論点の整理と対応の方向性」においても、具体的な制度的課題として、1、精神障害者、障害児（施設サービス）は、支援費制度の対象に含まれておらず、別立ての制度になっている。2、支給量等の決定についての詳細な基準がなく、これも地域差の原因となっていると考えられる。3、障害の程度や状況に応じて、適切なサービス利用を促進し利用者の自己決定を支援するためのケアマネジメントが制度化されていない。4、障害種別や

年齢によって福祉制度が縦割りになっており、身近なところでサービス提供するための高齢者介護サービス資源等の有効活用が難しい。5、契約制度を支える上で必要な権利擁護の仕組みが十分とはいえない。6、措置制度時代からの課題である、地域生活の保障や就労支援、重度の障害者への対応などが進んでいない。など、これまで当事者・関係団体から支援費制度を含む障害者福祉制度の真の改革に向けて提言のあった内容について取り上げている。しかし、同時に、「税方式を基本としたままでは、障害者問題が国民的な議論の対象となりにくく、結果として、地域生活支援の展開が図りにくい」こと。あるいは、「安定的な財源が確保されておらず、サービスの伸びに確実かつ計画的に対応することが難しい」という点についても列挙している。こうした点は、障害者福祉制度の基盤にかかわる重要な問題提起と言えるが、介護保険制度との統合が、これからの障害者福祉制度の再構築を進めていく上でなぜ「有力な選択肢」なのか、税方式を基本としたままでは、障害者問題がなぜ、国民的な議論の対象となりにくいのか、その根拠については何ら明確にされていないのである<sup>7)</sup>。

社会保障審議会介護保険部会（第16回）では、2004年7月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見案」をとりまとめた。その主な内容は、以下のとおりである。

1. 要介護度が低い人を中心に介護保険以外の制度も一体となった「総合的な介護予防システム」を導入する。訪問介護の家事代行サービスの対象・期間・方法を見直す。2. 痴呆（ちほう）の症状があり介護予防になじまない場合は、従来の介護給付の対象とする。「新・予防給付」のサービス利用計画は、市町村が担う「地域包括支援センター」（仮称）で行う。3. 現在、市町村などが実施している介護予防・地域支え合い事業をはじめ、老人保健事業の健康相談や機能訓練、医療保険のリハビリテーションの一部を再編、介護保険の事業計画と一元化して、市町村が管理・運営する。4. 施設サービスについては、長期継続型利用の重点化、個別ケア（個室・ユニットケアの普及）、地域密着型サービス（小規模・多機能）を進める。5. 体制の見直しと「二重指定制度」の導入で、ケアマネジメント機能を強化する。6. 被保険者の年齢引き下げを検討する。給付対象の拡大を含む障害者福祉との統合問題については、積極・慎重の両論併記とする。

介護保険部会の今回の意見では「費用負担のあり方」「保険給付のあり方」「被保険者の範囲」などが「論点」として議論がなされてきたが、個々の詳細な内容については明らかにされていない。この間の議論の焦点となった障害者支援費制度との「統合」については、「被保険者・受給者の範囲の問題について、現時点では一定の結論を得るにはいたらなかった。」として両論併記とされ「引き続き議論を積み重ねる」方向を示している。

こうした今回の介護保険部会のとりまとめを受けて、厚生労働省としての検討、具体化がはかられていくものと思われる。さて、社会保障審議会介護保険部会・障害部会での議論は、財務省・財政制度審議会の2005年度予算編成に向けた「建議」（「予算編成の基本的考え方について（建議）」）の影響を色濃く受けていることは言うまでもない。その内容は、「現行の制度、



給付水準，単価などを前提とした社会保障関係の自然増を放置することはできない」として，利用料の引き上げ，低所得者の判定基準の見直し，保険免責制度の導入，総額管理・伸び率管理方式の導入などを検討している。これらは，国民に徹底的な給付抑制と負担増を求める方向と言える。

### 3．なぜ，今，介護保険との「統合」なのか

介護保険制度の「被保険者・受給者の範囲」については，創設時からさまざまな議論があった。65歳未満の障害者に介護保険制度を適用するかどうかの議論は，例えば，「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」（1994年）で，その検討内容が取りあげられていた。また，「老人保健福祉審議会・最終報告」（1996年）では，20歳以上の者を被保険者，受給者とするかどうかの意見が付記されていた。身体障害者福祉審議会（1996年6月）は，当時，障害者施策は公の責任として実施すべきとの認識が強く，障害者の介護サービスは高齢者に比べて多様であり，保険制度への移行にあたっては現行施策との調整が必要であるとの慎重な考え方に立っていた。最終的に，介護保険制度は，「老化に伴う介護ニーズに応えること」を目的とし，被保険者・受給者を「40歳以上の者」とする規定を行ったが，しかし，介護保険法附則第2条においては「被保険者及び保険給付を受けられる範囲」は障害者福祉施策等に配慮しつつ，施行後5年を目途として検討することが課題として規定された。そして，今，施行後5年の見直しの議論が，山場をむかえているのである。厚生労働省の最大の課題は，財源論先にありきで，問題は国の財政対策から出発した議論であるとの謗りは免れない。このことは，例えば，当事者団体と厚生労働省との間で行われた「介護保険と障害者施策の関係を考える公開対話集会」（04.4.30）における担当官の発言からも明白である<sup>(8)</sup>。つまり，今回の「統合議論」は支援費制度，介護保険制度の双方がかかえている「財政圧迫の芽」をできるだけ早期に摘んでおきたいとする意向が働いている。支援費サービスに介護保険料を充当することにより，障害者施策の経費を圧縮しようとする考え方である。現行では40歳から徴収されている介護保険料を，障害者施策に合流させることを理由に20歳以上から徴収できるような仕組みにすることである。

財源問題では，「三位一体の改革」が，今，取りざたされている。これは，国の補助金や負担金を減らすかわりに，地方自治体に財源を移して，自治体が住民と相談しながら施策の優先順位を決めて行政を進める体制をつくろうというものである。しかし，現実には，支出は地方に6割を移しながら，財源は4割しか移されない仕組みであり，2割は市町村の持ち出しになってしまう。さらに地方交付税の削減問題があり，市町村合併の問題もある。市町村合併は自治体のコストを削減することに目的があるとされてきたが，自治体行政の立場から支援費制度の運用にかかわってきた平野方紹は，この点について指摘する。「（自治体の）財政当局からすれば，（16年度予算で）国は16.7%しか増やさないとっているのに，なぜ県や市町村は50%も増やすということになるのか」「国からお金がこないなかで，そこまでして地方自治体がやらな

ければいけないのかというのが正直な自治体の財政的な発想である」こうした考え方は、自治体行政を担っている多くの人たちの本音とも言えよう<sup>(9)</sup>。わが国の障害者福祉関連予算は5000億円余りであり、国民総生産のわずか0.1%にすぎない。財政のつじつま合わせのために介護保険と支援費の統合をせまるなど、社会保障構造改革をやっきになって推進する姿勢が如実にあらわれている。

さて、支援費制度との統合議論など、動向の注目される「介護保険制度」については、制度改革を2006年度に先行して実施するものと、2009年度以降順次実施していくものとの「二段階改革」の方針を決めたと報道されている。記事によると「厚生労働省は来年の通常国会で実現をめざす介護保険制度改革で、介護施設の利用者負担の増加など保険財政の改善や介護サービスの質の向上に直結する緊急策を2006年4月に先行実施する方針だ。要介護状態の悪化を防ぐことで将来の給付増加を抑える「新・予防給付」の創設には2009年4月まで3年間の準備期間を設け、改革を2段階で実施する。制度の運営主体である市町村の体制整備に十分な時間をかけ、円滑に新制度に移行するのが狙いだ。」として、「障害者団体などの反対で年末まで結論を持ち越している障害者向け支援費制度との統合と、それに伴う四十歳未満の若年層への保険料徴収対象の拡大も、実現する場合は三年程度の猶予期間を設ける方針としている<sup>(10)</sup>。

つまり、2006年で先行する改正項目は、居住費用の徴収による介護施設入所者の負担増、介護事業者の指定更新制、情報開示の徹底など質の確保、65歳以上の保険料の所得区分の細分化による低所得者の負担軽減。そして、2009年以降順次実施するものとして、筋力トレーニングなど「新・予防給付」の導入、近隣の高齢者向け巡回介護など「地域密着型」サービスの新設などとしている。「介護保険と支援費制度の改革を断行する。」という厚労省側の思惑に対し、様々な局面で「反対意見」等が続出し、また財源問題についても「消費税導入の議論」も出される中で、基本的方向性を円滑に進めるため、「市町村の体制整備や議論に時間をかけ、円滑な移行を狙う」とする見方もある。ただし、今回の「制度見直しの基本的な考え方」では、「基本となるサービスモデルの転換」「介護予防の推進」「痴呆ケアの推進」「地域ケアへの展開」といった中長期を見通したこの国の高齢者介護・ケアのあり方が現行制度の見直しと絡めて提起されている。現状の高齢者福祉対策の不十分さや課題を整理し、高齢者や国民の要求にそった積極的な内容を含む提案もなされている。しかし、支援費制度と同様に「財政の論理」優先のもとでは、こうした「新たな課題」そのものが公的保障の薄い方向で進められていかざるを得ないと言えよう。

#### 4. 支援費制度と介護保険統合論の問題点

国・厚生労働省は、制度施行後の総括もせず、性急に支援費制度と介護保険との統合を推進し、それをテコに、障害者福祉のあり様を変質させ、制度の骨格を崩そうとしている。本来な

ら「改革」に際しては、当事者団体や関係者から意見を聴取し、対象となる障害者の生活実態と必要な社会的支援のあり方について議論し、新たな方向性についての提案をしてしかるべきである。あらためて、支援費制度と介護保険制度の現状をふまえて「統合」にあたってのいくつかの疑問について整理しておく。

第1には、制度設計の基本的な相違点をどうするのかという問題である。支援費制度は厚生労働省で定める勘案事項に基づき「個人の支援の必要度に着目した」サービスごとに「決定」がなされる制度であるのに対して、介護保険制度は「要介護度」にもとづいて「認定」する制度となっている。また、もうひとつの大きな違いは、支援費制度では障害者（と扶養義務者）の所得状況に配慮した「応能負担」の原則にもとづいて利用者負担（金）が決定されるのに対して介護保険制度は、利用ごとに1割負担金を支払う「応益負担」の原則で運営されている。支援費制度と介護保険制度とが統合すれば、「応益負担」の原則が押し付けられる可能性が高いと判断される。障害者の負担増は、避けられない。

第2には、ケアマネジメントをどうするのかという問題である。支援費制度では、申請に関する相談やサービス利用にかかわる斡旋・調整、支援計画の作成等は市町村が責任をもつことを前提としてスタートした。しかし、市町村がその責任を果たしているとは言えない現状がある。介護保険制度では、「みなし公務員」である介護支援専門員がケアマネジメントを担っているが、その業務の多くは給付管理のレベルにとどまっているのが現状である。障害者の「自立支援」のための対人援助では、利用者の生活ニーズと社会資源とを結びつけるだけでなく、本人が主体的に生活課題を解決していく力を高めたり、本人の問題を個別的に解決していくために心理・社会的、経済的な問題への対応、家族関係への働きかけなどが欠かせない。これまでの障害者福祉実践の成果を十分に反映させ、より豊かな実践が提供できる方向でケアマネジメントが位置づけられ確立される必要がある。

第3には、介護保険制度では、高齢者の「介護」に局限したサービス内容となっているが、支援費では、日常生活を支える直接的なケア・介護の提供と労働や社会参加を軸としたグループへのアプローチなども、欠かせないサービス内容として位置づけられてきた。障害者部会でも、「統合」に際しての基本的な考え方として、「地域での自立した生活を支援するため、障害者基本計画に示された自己選択と自己決定の下、狭義の福祉だけでなく、就労、教育なども含め、幅広く自立と社会参加を進める」視点の大切さが指摘されているところである。

第4には、医療的ケアや長時間の支援を必要とする人たちの問題である。全身性障害者には、ヘルパー派遣について、長時間はもちろん、複数派遣が認められており、「必要に応じたサービスの提供」が、支援費制度のもとで実現している。もちろん、市町村独自のガイドラインに基づき支給量の上限が設けられているところもあるが、要介護認定区分によって総枠での上限が規定されている介護保険制度とは異なっている。今回の統合議論でイメージされている制度設計では、こうした医療的ケアを必要とする重度障害者の個別的な内容や長時間介護を必要とす

る人たちへの支援は、保険給付では対応できない部分として税方式になっていくのか、詳細は明らかにされていない。

他にも、障害種別や年齢によって、支援費制度の対象になっていない精神障害者や障害児の施設サービスについて、どう位置づけるのかなど、明確にされるべきことが山積している。また、精神、知的、身体「三障害共通」の支援の枠組みが、切望されている。この点については、厚生労働省は2005年に「障害者福祉サービス法（仮称）」をつくり、サービスを相互に利用できるような仕組みにすることを検討している。

第5は、事業主体にとっての問題である。福祉施設の多くは、これまで、社会福祉法人を始めとした非営利事業所が担ってきた。支援費制度のもとで、施設最低基準から指定基準へと移行が行われたことで、職員の「常勤換算方式」が導入された。また、施設整備費補助金制度の見直しにより、人件費比率の抑制が事業運営の大きな鍵を握るに至り、非常勤職員や嘱託職員などが増加している。このことが、福祉現場での情報や課題の共有化を困難にするなど、チーム労働を進めていく上での混乱を生み出している。「統合」によって、現在、支援費制度の対象でない障害児施設、重症心身障害児施設などに一般化される危険はないのか、危惧される。

第6には、LD、ADHDなど知的障害以外の「発達障害」を持つ人たちに対する問題である。従来、障害の認定基準では対象として取り上げられてこなかった人たちであり、社会福祉の制度利用においても、支援費の申請自体が拒否されたり、雇用においても雇用率制度や各種助成制度から除外されてきた人たちである。2004年、秋の臨時国会で成立が予定されている「発達障害者支援法」（超党派議員連名により準備されてきた）は、こうした人たちに対する国、自治体の支援の責務を示し、医療、教育、福祉、労働などに従事する人たちや市民の理解を進め、これらの人々の発達と社会参加を進めることを目的とするものである<sup>(11)</sup>。本来、教育、医療、福祉等との連携により体系的な施策の創設が求められるこうした新しい分野の課題に介護保険制度との統合が応えることができるのかは大いに疑問がある<sup>(12)</sup>。

以上のように、統合議論の中で生じる疑問や予測できる不都合は、当事者にとってはどれも、ないがしろにできない深刻な問題である。同時に、どれもが、障害者福祉制度の根幹にかかわる重要な課題でもある。財政論に端を発した統合問題としてだけ捉えていては、見誤ることになりかねない。

## 5. 障害者の自立と地域生活支援

介護保険統合議論や施設のあり方議論が進む中、厚生労働省は社会保障審議会第18回障害部会に「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（2004年10月12日）を提案した。本案は、厚生労働省の試案として、今後関係審議会の意見を聴取し関係機関等との調整を行なった上で実施スケジュール等を整理するとしている。

今後の障害者施策の基本的な方向性は、障害者保健福祉施策の総合化である。身体・知的・

精神等と障害種別ごとに対応してきたこれまでの障害者施策について「市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えて一元的な体制を整備する」というものである。また、「保護等を中心とした仕組みから、障害者のニーズの適性に応じた自立支援を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による自己実現・社会貢献を図ることが重要である」との考え方から「自立支援型システムへの転換」を唱えている。そして、現行の障害者施策の制度的課題を解決するために、(1)市町村を中心とするサービス提供体制の確立、(2)効果的・効率的なサービス利用の促進、(3)公平な費用負担と配分の確保をあげている。当面、介護保険との統合を視野に入れながらも生活支援体制の再編と施設体系の抜本的見直しを進めることがねらいである。

新たな障害保健福祉施策体系を構築していくための主な内容には、第1に、身体・知的・精神の三障害共通の仕組みとして、障害の程度等に応じて総合的な給付・事業が提供される自立支援システムを構築しようというものである。そのための「調整法」として「障害福祉サービス法（仮称）」を設定することを検討している。新しい給付等の体系は、障害者介護給付（介護に係る個別給付）、障害者自立支援給付（障害者の適性に応じた明確な目的の達成に向けた個別給付）、障害者地域生活支援事業（基礎的なサービスではあるが地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態の方が個別給付とするよりは、効果的・効率的なもの）からなる。障害者介護給付は訪問介護や通所介護、短期入所、重度障害者包括サービス、ケア付き居住支援等である。これら障害者介護給付は介護保険制度の活用を前提として検討がなされているものと思われる（図1）。障害者自立支援給付は、既存の施設体系を「生活療養事業（医療型）」、「生活福祉事業（福祉型）」、「自立訓練事業（機能訓練、生活訓練）」、「就労移行支援事業」、「要支援障害者雇用事業」等の機能に応じて再編し、それぞれの事業毎に標準的プログラムを整備するというものである。また、住まいの場を確保する上から「障害者支援施設（第1種・職住分離機能）」、「居宅支援サービス」としてのケアホーム、グループホーム、また、地域で一般住宅に入居する障害者の24時間相談機能を有した「居住支援サービス事業」が検討されている。施設体系は、このように「事業」

として展開されるなど「福祉施設」としての位置づけは極めて不明瞭なものとなっていく。障害児施設も同様の体系（日中は生活療養・生活福祉・機能訓練・子育て支援・養護とし、住まいの場としては障害児支援施設）の見直しを検討している（図2）。医療費や食費、日用費、個室利用に係る一定の利用料

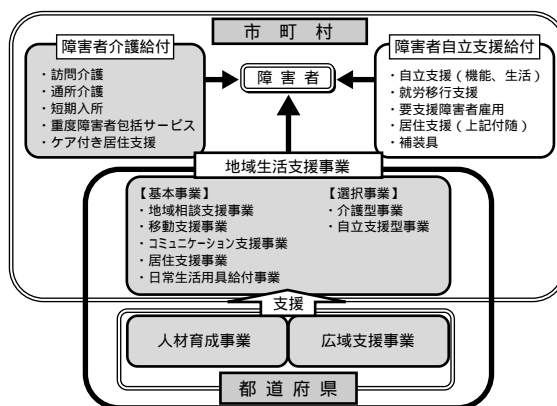
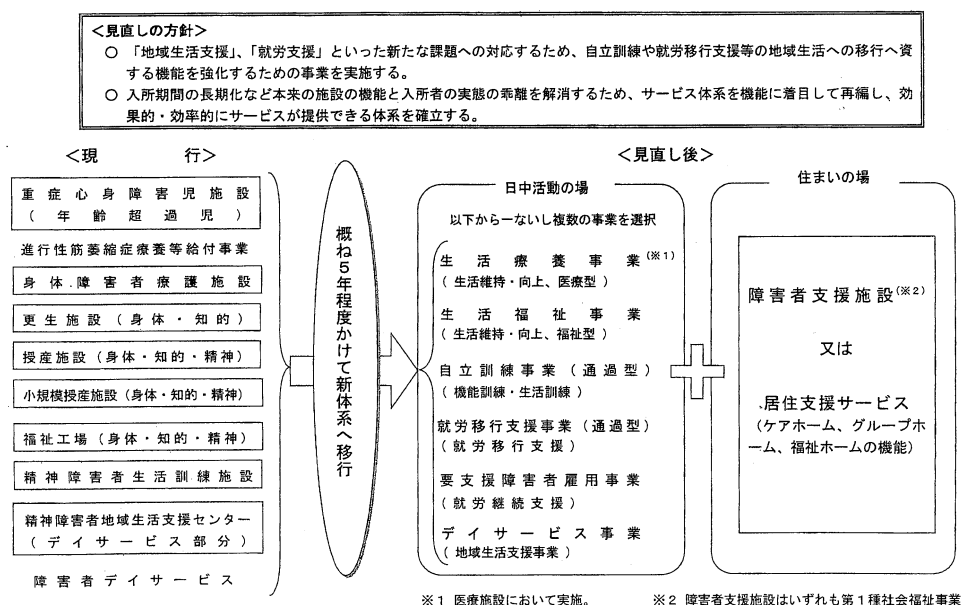


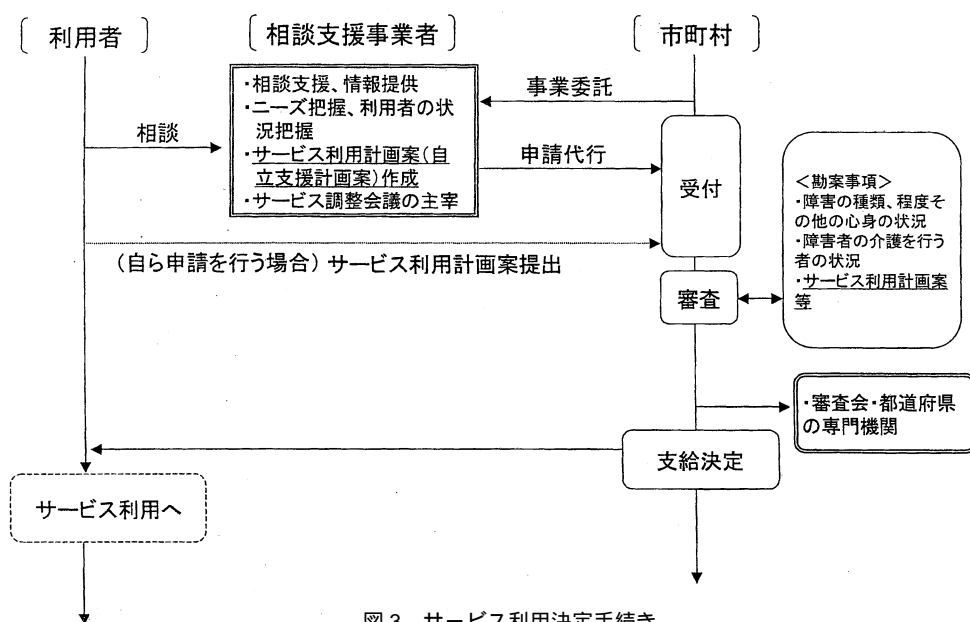
図1 新しい給付等の体系（総合的な自立支援システム）



の費用負担の問題も地域で暮らす人たちの費用負担の均衡を図る立場から提起がなされている。障害者地域生活支援事業は、地域相談事業，移動支援事業，コミュニケーション支援事業等があげられている。これらの財源は，国・都道府県・市町村の負担構造の見直しから一括補助方式，調整交付ということになれば，市町村を基礎として実施がなされることから現行水準の維持も含めて，市町村レベルでの政策決定に大きく左右されることになるだろう。

第2には，市町村を基礎とした障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入，及び，利用決定プロセスの透明化である。この相談支援事業は，施設整備等を伴わないものを念頭に，各法律に位置づけ都道府県，市町村が自ら相談支援体制を確保できない場合には，「相談支援事業者」に委託できるような法的整備を行なうものとされている。「サービス利用手続き」に関しては，図3に示した通りである。地域生活に移行する者など計画的なプログラムに基づく自立支援が必要なものについては，「自立支援計画」を作成し，計画にもとづき，サービス利用の斡旋・調整・契約援助などの支援を行う仕組みとしている。しかし，こうした専門的な資質と技量を必要とするマネジメント能力を有した人材の養成をどのように進めていくのか。地域生活支援センターの位置づけや役割などのあり方も含めて総合的な検討が必要である。

第3には，「利用者の公平な費用負担と財政責任の確立により，制度の公平性と持続可能性の確保を図る」という点から，福祉サービスに係る応益負担の導入を提案している。現行の支援費制度の移行に際して「保留」がなされてきた点である。介護保険制度においては，保険料負担とサービス利用時の負担という「二重の負担」により一層の逆進性を高めている。また，基



盤整備やサービス供給量の確保は保険料の引き上げに直接結びついている点など応益負担の導入には十分な検討が必要である。

さて、財源問題に端を発して進められてきた支援費制度と介護保険統合議論は、障害者福祉制度のあり様を根底から大きく変質させるねらいをもって登場してきた。もちろん、ここでの提案は、これまでの障害者福祉実践の到達点なり成果を反映したものとして提起されている部分もある。しかし、その前提となる「自立支援」の考え方は「家族介護」を前提とするところからの脱却ではない。それどころか、政策レベルにおいては、「保護等を中心とした仕組みから、障害者のニーズと適性に応じた自立支援」、つまり、「障害者による自己実現と社会貢献」を打ち出してきた。こうした「自立支援型システム」ではなく「社会的支援システム」への転換こそが障害者福祉制度の真の改革を進めていく前提となる。

障害者支援であれ、高齢者ケアの提供であれ、個人が社会生活を営む際に生じる困難に対する社会的支援の内容と水準を明らかにし、そのために必要な総合的施策を講じることが大切である。個々の障害のある人たちの障害特性をふまえて生活を援助する上で必要な視点は、予防的支援、自立的支援、発達の支援、社会教育的支援を視野に入れて、個々の利用者・家族の福祉ニーズに柔軟に対応できるものでなければならない。また、社会的支援の課題は、その人の障害によって多様であるが、同時にライフステージにおいてノーマライゼーションの課題も変化するとの視点が重要である。圧倒的に遅れている社会資源の整備状況は、市場化を促進するだけでは達成されない。このことは、介護保険・支援費制度の基盤整備状況からも伺いしることができる。国は、利用契約制度の導入によって福祉事業の「前近代性」を克服するために、

福祉サービスの「標準化」と「効率化」を進め、しかも、その中味を市場化の方向で乗り越えようとしている。ところが、市場原理にはなじまない障害のある人たちの支援内容や緊急時の対応、低所得者の生活問題への対応は、公的責任を明確にしたセーフティネットの確立こそ不可欠である。また、支援の担い手の専門性をどのように保障するのかという点である。生活という「日常」を支援する福祉専門職の専門性を評価する仕組みが大切である。現行の「事業単価方式」では、支援の専門性や継続性を維持することはなかなか困難である。生活支援の仕事には、マニュアル化できない仕事やチーム労働を遂行するために費やされる時間も多し。こうした業務内容の換算方法には「事業単価方式」はなじまない。「人件費補助方式」をベースにすることが福祉専門職の専門性と社会的身分を保障することにも結びつくのである。

## おわりに

支援費制度実施後の施行状況をふりかえり、どのような困難や混乱が生じてきているのかを浮き彫りにした。こうした点をふまえて支援費制度と介護保険との統合論の問題について批判的検討をおこなった。ここでは、統合議論の中で生じる疑問や予測できる不都合は、当事者にとってはどれも、ないがしろにできない深刻な問題であること。同時に、障害者福祉制度の根幹にかかわる重要な課題でもあるという点を明らかにした。また、財源論に端を発した「統合問題」は障害者福祉制度のあり様を根底から大きく変質させるねらいをもって登場してきたという点をみておく必要がある。「統合論」を財源論だけで議論を進めているとこのところがみえなくされてしまう。

障害者福祉制度の真の改革を進めていく立場からは、社会的な支援の内容と水準を公的責任のもとでどのように保障していくのが重要なカギを握っている。そのためには障害者の立場に立った豊かな支援、より確かな実践を提供することが重要である。これまでの障害者福祉実践を通して何を大切にしてきたのか、何をおきざりにしてはならないのかを発達保障労働の本来の姿を対置してさし示すことが重要である。

尚、今後の障害者福祉の動向を左右する社会保障審議会の介護保険部会・障害部会が2004年9月に再開された。介護保険部会では2004年11月には新たな取りまとめを行なうとされている。また、ここにきて厚生労働省は「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」を提案してきた（2004年10月12日）。政策動向が早いテンポで大きく揺れ動いている時期に、本小論のテーマでの執筆には躊躇したが、ひとまず、この時点でこれまでの経緯と論点を整理しておくことは、筆者の専門領域である社会福祉援助論研究の課題を追求する上からも大切であるとの判断からまとめたものである。ひきつづき、このテーマについては掘り下げた検討を進めていきたいと考えている。



〔注〕

- （１）日本経済新聞，2004 年 9 月 16 日付，「障害者支援費 財源不足，昨年度の 2 倍 介護保険との統合に影響」との見出し。「施設から地域生活へ」を基本とする国の障害者政策を根本から揺るがす事態。当事者の障害者からは，厚生労働省の見通しの甘さを批判する声が相次ぐ。介護保険との統合にも影響しそうだ」と報じている。
- （２）支援費制度の施行にあたって政省令で示された勘案事項をもとに，公費において障害者の地域生活を支援する範囲を定めるために「支援費支給基準ガイドライン」の作成を進めてきた市町村もある。この「基準ガイドライン」づくりについての問題点を指摘したものに，植田章「ケアマネジメントの視点からみた支援費制度」『障害者問題研究』Vol. 130. No4，全国障害者問題研究会，2003 年 2 月を参照されたい。
- （３）厚生労働省・援護局障害保健福祉部，『支援費制度 Q & A 集』では，「支援費制度の下では，障害者がサービスを選択することができ，障害者の自己決定が尊重されるとともに，利用者と施設・事業者が直接かつ対等の関係に立つことにより，利用者本位のサービスが提供されるようになることが期待される」としていた（平成 13 年 3 月 6 日）。
- （４）NPO 法人大阪障害者センター，障害者生活支援システム研究会「重度知的障害者介護の社会化は緊急の課題 - 家族介護実態調査結果報告書」2002 年，障害者福祉サービスの利用状況，地域社会で孤立する障害者世帯，増大する介護のための特別な経費等，重度知的障害者家族の生活実態を通して介護，社会的支援の必要性を浮きぼりにしている。
- （５）全国知事会「三位一体の改革に関する提言」2003. 11. 18，福祉自治体ユニット「介護保険改革の提言」2003. 7. 25，武蔵野市「介護保険施行 5 年後の制度見直しに向けて～武蔵野市からの提言」等がなされている。尚，「統合論をどう考えるか」についての全国市町会，日本経済団体連合会等の見解については，『障害者の福祉 ノーマライゼーション』，2004 年 8 月号，財団法人日本障害者リハビリテーション協会，2004 年 8 月 1 日，を参照されたい。
- （６）現行の障害者施策が，障害種別や年齢により，支援費制度や措置制度，精神保健福祉施策，医療保険制度などが組み合わさっていることから，福祉サービスや就労支援等に関する制度的な枠組みについては，基本的には三障害共通の枠組みとすべきであるとしている。そして，主なポイントとして 1. 地域での自立生活支援や自己選択・自己決定のもとでの幅広い自立と社会参加の促進の視点。2. 視覚障害者の移動介護については別系列のサービスを考えること。3. 就労困難な障害者の自己実現のための何らかの労働や日中活動の場が必要なこと。4. ケアマネジメントにおけるセルフケアマネジメントを位置付けることがエンパワメントの視点から重要であること。5. 公費を財源としたサービス配分のあり方や支給量の決定に関する基準をより明確に導入すること。施設から地域への移行支援を円滑に行うためのインセンティブの必要性。を示している。障害者部会は，この中間まとめを持って，一応前期日程を終了した。
- （７）第 12 回社会保障審議会障害者部会において，社会保障審議会臨時委員である高橋清久，岡田喜篤，高橋紘士の三氏から部会への資料提供がなされている。その内容は，これまでの障害者福祉制度の経緯を整理し，介護保険制度との関連も含め，その問題点と課題を明らかにしたうえで，今後の方向性についての提案がなされている。具体的な提言の前提となる考え方では，「何らかの障害によって社会的支援を必要とする状態がすべての国民に共通の可能性として起こりうるという事実」に鑑みて，「障害者福祉をすべての国民の理解と協力を得て，推進する」必要があること。また，従来の障害者福祉施策が障害種別の縦割り制度のなかで支援に格差が生じたり，実態に対応した制度活用が困難であることを指摘している。そして，今後の障害者福祉制度の再構築にあたっては，こうした現状を克服し，支援が必要な障害の状態と程度に応じて必要なサービスを活用できると同時に，障害を有する誰もが利用できる普遍的な制度であることを強調している。
- （８）2004. 4. 30「介護保険と障害施策の関係を考える公開対話集会」での厚労省の基本的見解として塩田

部長の発言概要は以下の点にわたっていた。・「三位一体改革」によって3年間で4兆円の補助金カットが求められている。この流れは、支援費制度の導入時には想定されていなかったことであり、これにどう対応していくのかについても検討が迫られている。・介護保険制度との統合をどうするのか。現行の介護保険は様々な問題が指摘されているが、支援費制度同様に理念はすぐれている。このすぐれた理念を障害者施策にどう導入するのか、現実的で前向きな選択を迫られている。・多くの国民が障害者のためにお金を出すこと、これはノーマライゼーション理念の実現につながる。サービスの共通点と相違点については、すべてを介護保険で提供するものではない。共通するものをどう統合できるのか。障害者の特別ニーズは税財源。・障害者施策全体の再構築については、介護や地域支援とともに、就労支援の在り方が重要と考える。基本的視点は、一人ひとりのライフステージにふさわしい体系を構築すること。施設入所から地域生活・就労支援への道筋をどうつくるのか。旧厚生省と労働省が合体して厚生労働省ができたこともあり、このことを政策的に具体化したい。

- (9) 平野方紹「自治体における制度実施の現状と課題 厳しい財政のなかで統合を考える」『障害者介護のあり方を問う 支援費・介護保険統合の問題を考える』日本障害者センター編、本の泉社、2004年6月15日。
- (10) 日本経済新聞、2004年9月6日付「介護入所者の負担増先行」との見出しで、動向の注目される介護保険制度の見直しについて、二段階改革の方針をきめたものと報道している。また、社会保障審議会・介護保険部会についての報告書をベースにして介護保険制度の見直しを整理したものに「新たな介護予防システムを確立」『月刊介護保険』No103、株式会社法研、2004年9月1日、介護保険制度の見直し案の「給付の効率化・重点化」を批判する立場から論じたものに、石田一紀「軽度要介護者への新予防給付と介護予防アセスルン」『ゆたかなくらし』No271、全国老人問題研究会、2004年9月が参考になる。
- (11) 「発達障害者支援法案」については、当事者団体から「発達支援」の定義が本人に対する限定的なものとなっており、家族や周りの人たちを含めた環境に対する支援が弱いこと。雇用率制度等の雇用支援策の対象から除外していることなど、いくつかの問題点があることも指摘されている。また、「谷間におかれてきた障害者を支援する武器として活用される可能性と、それを推進してきた関係者の意図とは別により多くの谷間を生み出す可能性を秘めている」とし、こうした点から障害者基本法を補強する性格の時限立法として位置づけることを明記すべきであるとしている。「発達障害者支援法案について～評価と要望」日本障害者協議会、代表河端静子、2004年8月。
- (12) 支援費制度の根幹にかかわる問題点や介護保険統合論をめぐる疑問、社会的支援の実現に向けての課題について論じたものに、障害者支援システム研究会編、井上泰司・伊藤周平著『疑問あり 介護保険統合論～どこへ行く支援費制度』、かもがわ出版、2004年4月10日がある。

#### 〔付記〕

本稿脱稿後、支援費制度との統合を含めて議論が進められてきた介護保険制度の見直しをめぐる動きは、04年12月10日、社会保障審議会介護保険部会において、保険料負担年齢・サービス利用年齢の引き下げが多数意見としつつ、その具体的な実施時期は先送りとする意見書をまとめた。意見書では、「介護を必要とするすべての人にサービスの給付を行ない、併せて保険料を負担する層を拡大していくこと」をめざすという意見が「多数」であったと述べ、年齢引き下げを容認する方向を示した。一方、若年層からの保険料負担は「納得感を得ることが難しい」などの「慎重意見」があったことを併記している。今後、06年度に実施する社会保障制度の「一体的見直し」の動向をふまえて結論をだし、09年度以降行の実施をめざす方向で進められる。短期間で十分な議論をつくさず、当事者不在の議論を進めてきた厚生労働省の姿勢に関係者から多くの疑問と不安の声が出されることも無理はない。

（うえだ あきら 社会福祉学科）

2004年10月15日受理